TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Léon THÉVENOT

Ancien Chef de Clinique chirurgicale
Assistant de la Clinique de M. le Professeur A. Poncet



LYON
IMPRIMERIE P. LEGENDRE & Cie
14, rue Belle-Cordière, 14
1904

I. — TITRES SCIENTIFIQUES

PROSECTEUR A LA FACULTÉ (1895-1899)
(Concours de 1895)

SUPPLÉANCE DU CHEF DES TRAVAUX
DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (1897-1898)

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE (1900)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Concours de 1900)

ADMISSIBLE AU CONCOURS D'AGRÉGATION DE 1901

II. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX
(Concours de 1893)

INTERNE DES HOPITAUX
(Concours de 1894)

III. — ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES D'ANATOMIE EN QUALITÉ DE PROSECTEUR
(1896-1899)

CONFÉRENCES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ET
DE CHIRURGIE (1896-1899)

CONFÉRENCES DANS LE SERVICE DE M. PONCET EN QUALITÉ
D'ASSISTANT DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE (1899-1904)

IV. — TITRES HONORIFIQUES

MEMBRE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE

1. Recherches sur l'hiatus de Farabeuf, *in* Testut, *Anatomie descriptive*, 4e édition.
2. Les ganglions géniens, in *Revue générale Gaz. des Hôp.*, 21 avril 1900.
3. Synoviales et gaines tendineuses du pied, *in* Th. de Gonot, Lyon, 1901-1902.

CHIRURGIE

Anesthésies

4. A propos des derniers travaux sur l'éthérisation et la chloroformisation. *Lyon Médical*, 30 mai 1903.
5. Technique de l'anesthésie générale (chloroforme et éther). *Lyon Médical*, 1903.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

6. De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années (M. Poncet et L. Thevenot). *Communication a l'Académie de Medecine*, 9 juin 1903.
7. Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires. *Gaz. des Hôp.*, 1er mars 1904.
8. Actinomycose cervico-faciale. *Soc. de Méd.*, 24 juin 1901.
9. Actinomycose primitive de la peau de la face. *Soc. de Méd.*, 22 juillet 1901.
10. Note sur deux cas d'actinomycose cervico-faciale. *Arch. prov. de Chir.*, janvier 1902.
11. Actinomycose cervico-faciale. *Soc. des Sc. Médicales*, 9 avril 1902.
12. Actinomycose cervico-faciale. *Soc. des Sc. Médicales*, 16 avril 1902.
13. Deux actinomycoses cervico-faciales. *Gaz. des Hôp*, 1er juillet 1902.
14 et 15 Actinomycose de l'oreille. *Soc. de Méd.*, 4 mai et 25 mai 1903.
16. Actinomycose de la face. *Soc. de Méd.*, 15 juin 1903.
17. Actinomycose cervico-faciale de forme courante. *Gaz. des Hôp.*, 2 juillet 1903.

18. Actinomycose de la région angulo-maxillaire, *Soc. de Méd.*, 6 juillet 1903.
19. Actinomycose de l'oreille (en collaboration avec le Dr Rivière). *Rev. de Chir.*, 10 janvier 1904.
20. Actinomycose cervico-faciale. Nouvelles observations. *Arch. prov. de Chir.*, février 1904.
21. Actinomycose du sterno-mastoïdien. *Soc. de Méd.*, 19 nov. 1902.
22. Actinomycome suppuré du sterno-cléido-mastoïdien gauche (syphilis et actinomycose). *Arch. prov. de Chir.*, août 1903.
23. De l'actinomycose du cœur et du péricarde. *Bull. Méd.*, 30 mai 1903.
24. L'actinomycose du poumon et ses manifestations primordiales. *Arch. générales de Médecine*, 1903.
25. A propos de l'actinomycose du foie. *Rev. de Chir.*, septembre 1903, en collaboration avec M. Bérard.
26. Actinomycose appendiculaire. Actinomycome isolé de la paroi abdominale. *Gaz. des Hôpitaux*, 12 août 1902.
27. Appendicite actinomycosique. *Gaz. des Hôpitaux*, 18 novembre 1902.
28. De l'actinomycose ano-rectale. *Rev. de Chir.*, août 1902.
29. Actinomycose fessière d'origine rectale. *Soc. de Méd.*, 12 janvier 1903.
30. Actinomycose fessière d'origine rectale. *Gaz. des Hôp.*, 19 mars 1903.
31. Panaris actinomycosique. *Soc. de Med.*, 24 février 1902.
32. Panaris actinomycosique de l'annulaire droit. *Presse Médicale*, 16 septembre 1903.
33. Le rhumatisme tuberculeux. *Gaz. Médicale de Paris*, 12 décembre 1903.
34. Rhumatisme tuberculeux. *Soc. des Sc. Médicales*, 20 mai 1902.
35. Rhumatisme tuberculeux. *Soc. de Méd.*, 25 mai 1903.
36. Rhumatisme tuberculeux. *Soc. de Méd.*, 1er février 1904.
37. Rhumatisme tuberculeux familial. *Méd. Mod.*, 30 avril 1902.
38. Rhumatisme tuberculeux articulaire. *Bull Méd.*, 16 mars 1904.
39. Rhumatisme tuberculeux articulaire. *Bull. Méd.*, 8 août 1903.
40. Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. *Méd. Mod.*, 19 août 1903.
41. Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. *Soc. de Méd.*, 1er février 1904.
42. Trois observations de spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. *Méd. Mod.* (sous presse).
43. Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse. *Soc.de Méd.*, 30 novembre 1903.
44. Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse. *Soc. de Med.*, 11 janvier 1904.
45. Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse. *Méd. Mod.*, 24 février, 1904.
46. Morbus coxæ senilis d'origine tuberculeuse. *Gaz. des Hôpitaux*, 24 novembre 1903.
47. Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse. *Ann. Médico-Chirurgicales du Centre*, 3 janvier 1904.
48. Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse. *Bull. Médical*, 2 mars 1904.

49. L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur. *Lyon Medical*, 29 août 1897.
50. La suppuration artificielle d'après la méthode de Fochier dans la pyohémie et autres maladies aiguës. *Lyon Medical*, 16 avril 1899.
51. Des endothéliomes des os. *Rev. de Chirurgie*, juin 1900.
52. Le plombage des os d'après la méthode de Mosetig Moorhof (*Revue d'Orthopedie*, en cours de publication. (En collaboration avec M. Bérard).
53. Des divers moyens de combler les cavités osseuses et de leur valeur comparée (en préparation).
54. Les adénites génienne. *Gaz. des Hôpitaux*, 21 avril 1900.
55. Sur les adénites géniennes. *Lyon Médical*, 17 juin 1900.
56. Tumeur maligne congénitale de la langue, *in* Th. Ducourthial, Lyon 1902-1903 (en préparation).
57. Gros kyste hydatique suppuré du cou. *Gaz. des Hôp.*, 29 octobre 1901.
58. Des kystes hydatiques du cou. *Gaz. des Hôp.*, 22 mars 1902.
59. Thyroïtoxhémie ou thyroïdisme aigu post-opératoire. *Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 11 août 1901.
60. De la dysphagie après les opérations pour goître. *Bull. Méd.*, 11 septembre 1901.
61. Galactophorite double traitée par l'expression. *Soc. des Sc. Médicales*, 8 février 1899.
62. Du traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein (En collaboration avec M. Commandeur). *Lyon Medical*, 28 mai 1899.
63. Cancer du sein chez l'homme. *Soc. des Sc. Méd.*, 25 novembre 1903.
64. Enorme kyste dermoïde sous-cutané n'ayant apparu qu'à l'âge de 68 ans et siégeant au-dessus de l'omoplate gauche. *Gaz. des Hôp.*, 5 juin 1902.
65. Tumeur de l'œsophage ayant envahi la trachée et le corps thyroïde. *Soc des Sc. Méd.*, 5 juillet 1899.
66. Appendicite aiguë. *Soc. des Sc. Méd.*, 24 mai 1899.
67. Appendicite post-puerpérale à streptocoques. En collaboration avec M. Vignard, *Gaz. des Hôp.*, 7 février 1901.
68. Des déchirures spontanées du mésentère au cours des hernies étranglées (En collaboration avec M. Patel). *Arch. Prov. de Chir.*, 1er juin 1901.
69. Volvulus de l'S iliaque chez un vieillard (En collaboration avec M. Delore). *Gaz. Hebd.*, 24 décembre 1899.
70. Vaste hématome rétro-péritonéal consécutif à une rupture du foie. *Gaz. Hebdomadaire de Méd. et de Chir.*, 23 février 1902.
71. Résultat éloigné de laparotomie pratiquée il y a 11 ans et demi pour péritonite tuberculeuse. *Soc. des Sc. Méd.*, 28 janvier 1903.
72. Epididymo-orchite tuberculeuse. *Soc. des Sc. Méd.*, 23 juin 1897.
73. Orchi-épididymite tuberculeuse avec granulie du testicule. *Soc. de Méd.*, 21 avril 1902.
74. Ponction de la vessie chez un prostatique. Phlegmon prévésical. Mort. *Soc. des Sc. Méd.*, 5 juillet 1899.
75. Nouvelles observations de cystostomie sus-pubienne pour accidents d'origine prostatique. *Gaz. Hebdomadaire*, 12 novembre 1899.

76. De la cystopexie. *Semaine Gynécologique*, 14 juin 1898.
77. Vitriolage du mont de Vénus. Brûlures profondes avec escharres de cette région. Guérison (En collaboration avec M. Patel). *Arch. d'anthropologie criminelle*, 15 mars 1901.
78. Adénite extra-axillaire. Tuberculose infantile mutilante (En collaboration avec M. Patel). *Arch. prov. de Chir.*, 1er avril 1901.
79. Note sur un cas de luxation en arrière de l'index (En collaboration avec M. Leriche) (En publication).
80. Epithéliome développé aux dépens des téguments de l'avant-bras. *Soc. de Méd.*, 17 mars 1902.
81. Désarticulation interscapulo-thoracique. *Soc. de Méd.*, 29 avril 1903.
82. Fractures multiples du bassin. *Soc. des Sc. Méd.*, 11 février 1903.
83. Recherches expérimentales sur les fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde. *Rev de Chir.*, février 1904.
84. Fracture simple et limitée de la cavité cotyloïde (*Rev. d'Orthopédie* (En cours de publication).
85. Gomme syphilitique de la fesse. *Soc. des Sc. Méd.*, 19 juillet 1899.
86. Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du genou. *Soc. des Sc. Méd.* 12 juillet 1897.
87. Ecrasement sous-cutané des vaisseaux fémoraux par contusion de la cuisse. Gangrène du membre inférieur. *Bull. Méd.* 28 avril 1900.
88. Cancer fémoral en cylindre. Ostéosarcome bipolaire diffus du fémur droit. *Gaz. des Hôp.*, 23 avril 1901.
89. Les myxolipomes de la cuisse. *Gaz, des Hôp.*, 22 juin 1901. En collaboration avec M. Patel).
90. Ankylose du genou à angle droit à la suite d'une résection pour arthrite post-rubéolique; ostéoclasie *Rev. d'Orthopédie*, septembre 1902.
91. Ankylose osseuse angulaire du genou gauche consécutive à une arthrite purulente d'origine puerpérale; arthroclasie; redressement lent. *Revue d'Orthopédie*, 1er juillet 1903.
92. Note sur deux cas de fibro-myome de la peau. *Arch. prov. de Chir.*, octobre 1903 (En collaboration avec M. Adenot).
93. Fibro-myome de la peau. *Soc. de Méd.*, 17 mars 1902.
94. Elongation du sciatique poplité externe et résection du saphène externe pour ulcère traumatique de la jambe. Guérisen. *Gaz des Hôp.*, 4 février 1902.
95. Gangrène gazeuse bénigne du membre inférieur droit. *Gaz. des Hôp.*, 6 août 1901,
96. Du mécanisme de l'engagement dans les bassins asymétriques. Th. de Lyon 1898-1899.
97. Balnéation et éclampsie, *in* Th. de Goubert 1899-1900.

ANALYSE DE TRAVAUX

Analyse, dans les *Archives provinciales de Chirurgie*, de toutes les thèses inspirées par M. Poncet, pendant les années scolaires 1899-1900 et 1900-1901,

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE

Recherches sur l'hiatus de Farabeuf.

In Testut, *Anatomie descriptive*, 4e édition.

Exposées dans le paragraphe relatif aux rapports du rein, ces recherches ont porté sur les dimensions de l'hiatus, ses variabilités et surtout sur les rapports entre la plèvre et la loge rénale.

Les ganglions géniens.

In Rev. générale : *Des adénites géniennes*. — *Gaz. des Hôp.*, 21 avril 1900.

Les ganglions géniens siègent le long des vaisseaux faciaux, sur le trajet de la chaîne lymphatique, qui les accompagne et se disposent en trois étages différents.

Un premier groupe se rencontre sur la face externe du maxillaire inférieur et il n'est que la continuation des ganglions sous-maxillaires; parfois on rencontre un ganglion à cheval sur le rebord de l'os, et pouvant être rangé dans l'un ou l'autre de ces groupes.

A la hauteur de la commissure buccale, les ganglions existent en arrière de la veine, ou entre la veine et l'artère.

Enfin, plus haut, vers l'aile du nez, on peut en observer.

Ces ganglions reçoivent les lymphatiques des téguments superficiels et des dents implantées sur le maxillaire supérieur, le sys-

tème lymphatique, dans le maxillaire supérieur, se portant ainsi en dehors vers les vaisseaux faciaux, et en arrière vers les vaisseaux maxillaires internes.

Synoviales et gaines tendineuses du pied.

In Th. de Gonot : *De l'amputation et de la désarticulation des métatarsiens dans les ostéites tuberculeuses*, Lyon, 1901-1902.

Cette étude avait été faite surtout au point de vue des rapports entre les gaines synoviales d'une part et les cartilages de conjugaison, les épiphyses et les capsules articulaires d'autre part, afin de préciser les points faibles par lesquels les processus inflammatoires peuvent se propager des uns aux autres.

CHIRURGIE

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

A propos des derniers travaux sur l'éthérisation et la chloroformisation.

Lyon Médical, 30 mai 1903.

La discussion au sujet de l'éther et du chloroforme semble s'être déplacée de terrain ; il est admis, à l'heure actuelle, que la mortalité immédiate serait plus élevée avec le chloroforme, et la question en jeu est celle de la mortalité par complications secondaires.
Les dégénérescences du cœur, du foie, des reins, sont plus marquées avec le chloroforme qu'avec l'éther. Par contre, on reproche à l'éther de produire des complications pulmonaires souvent mortelles.

Nous avons cherché à établir que ces pneumonies sont des pneumonies d'opération et non d'éthérisation. Elles sont aussi fréquentes avec l'un des agents anesthésiques qu'avec l'autre; on les observe souvent aussi alors que le malade n'a pas été anesthésié. Elles sont la propagation d'une infection de voisinage (opérations pratiquées sur le cou), ou d'une infection à distance (opérations sur l'estomac et l'intestin). Il n'y a donc pas lieu d'en faire un reproche particulier à l'éther.

Technique de l'anesthésie générale (Chloroforme et éther).

Lyon Médical, 1903.

Cette étude est surtout un commentaire de la thèse du Dr Olivier (Bordeaux, 1903). L'auteur y étudiait successivement la marche de l'anesthésie par le chloroforme et l'éther, les avantages et les

inconvénients de chacun de ces anesthésistes. Il conclut, en présence des dangers de l'un et de l'autre, à la nécessité d'anesthésistes de carrière. Il est particulièrement favorable à l'éther, bien qu'il cherche constamment à rester impartial. C'est précisément cette idée directrice de son travail qui, à nos yeux, lui a donné une importance encore plus grande.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Actinomycose.

De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années (M. Poncet et L. Thevenot).

Communication à l'Académie de Médecine, 9 juin 1903.

Cette statistique, que nous avons faite aussi complète que nos moyens nous le permettaient, comprend 531 cas, mais nous n'avons pu avoir des renseignements suffisants que pour 497. Elle nous montre que l'actinomycose est, sauf en Suisse, fréquente partout où l'on sait la diagnostiquer. La proportion des cas, chez l'homme et chez les animaux, est très différente suivant les régions, ce qui prouve, ainsi que l'avaient admis MM. Poncet et Bérard, que la contagion par l'animal est peu commune; l'augmentation des cas partout où l'on signale l'absence d'hygiène est, au contraire, manifeste.

L'actinomycose cervico-faciale, qui est la forme ordinaire de l'affection, est la moins grave (1 mort pour 4 guérisons). La mortalité devient considérable dans les formes viscérales (tube digestif, appareil pulmonaire, organes génito-urinaires, etc.).

L'iodure de potassium et tous les médicaments iodés (iode, iodipine, iodates, etc.), sont les seuls agents thérapeutiques vraiment actifs.

En France, l'actinomycose n'est encore signalée qu'autour des centres universitaires, ce qui montre le nombre de cas qui passent inaperçus.

Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires. — Clinique du Pr Poncet

Gazette des Hôp., 1er mars 1904.

Les deux observations qui font l'objet de cette leçon et les deux photographies qui y sont annexées concernent des malades chez

lesquels l'actinomycose fut soupçonnée en raison d'un trismus extrêmement marqué et survenu sans cause. Cette affection parasitaire doit donc prendre une large place dans l'étiologie de la constriction des mâchoires ; il faut songer à elle autant qu'à la dent de sagesse, etc. L'évolution des accidents et surtout les examens bactériologiques établiront la nature exacte des lésions.

Rapp. — Thèse de Lyon, 1903-1904.

Actinomycose cervico-faciale

Soc. de Méd., 24 juin 1901.

Présentation d'un malade.

Actinomycose primitive de la peau de la face

Soc. de Méd., 22 juillet 1901.

Présentation d'une malade.

Note sur deux cas d'actinomycose cervico-faciale

Arch. prov. de Chir., janvier 1902.

Des deux malades qui font l'objet de cet article l'un est absolument classique ; l'autre est particulièrement intéressant en raison du début de l'affection, par des poussées fluxionnaires successives et du mode d'infection qui s'est fait par la muqueuse, sans qu'il existe,à l'heure actuelle,une lésion de celle-ci. Ce processus mérite d'être rappelé car il se retrouve tout le long du tube digestif.

Deux actinomycoses cervico-faciales

Gaz. des Hôpitaux, 1er juillet 1902.

Observations et photographies.

Soc. des Sc. Médicales, 9 avril 1902.

Présentation de la première malade.

Soc. des Sc. Médicales, 16 avril 1902.

Présentation du second.



Actinomycose cervico-faciale de forme courante.

Gaz. des Hôpitaux, 2 juillet 1903.

Deux observations avec photographies.

Actinomycose cervico-faciale.— Nouvelles observations.

Arch. prov. de Chir., février 1904.

Trois nouvelles observations auxquelles ont été jointes les photographies des malades.



Soc. de Méd., 15 juin 1903.

Présentation du premier de ces malades.

Soc. de Méd., 6 juillet 1903.

Présentation du second.

L'actinomycose de l'oreille (en collaboration avec le Dr Rivière).

Revue de Chir., 10 janvier 1904.

Notre étude a pour point de départ un cas de phlegmon actinomycosique suppuré de la région angulo-faciale et périmastoïdienne gauche, consécutif à une otite externe de même nature, que nous



avons opéré dans le service de M. Poncet. L'infection de l'oreille externe est la conséquence d'une inoculation faite par le malade en se grattant l'oreille avec des morceaux de bois, de paille, etc.

Dans la littérature médicale, nous avons trouvé deux cas

(Beck-Zaufall, Majocchi) qui concernent également des otites actinomycosiques. L'affection avait débuté par l'oreille moyenne pour gagner la mastoïde ; elle paraît s'être faite par la trompe d'Eustache plutôt que par l'appareil vasculaire. Nous n'avons pas vu signalé de cas d'otite interne. Les otites externe et moyenne s'accompagnent d'un placard induré dont l'aspect, ainsi que le montre la photographie ci-jointe, fait penser d'emblée à l'actinomycose. La constatation du grain jaune et du mycélium confirment le diagnostic, qu'il faut poser d'une façon hâtive ; il y a lieu de redouter, en effet, une infection de la boîte cranienne et du cerveau, qui serait rapidement mortelle. L'ouverture large des foyers malades et le traitement ioduré permettent, lorsque le traitement est institué précocement, d'obtenir une guérison rapide.

Soc. de Médecine, 4 mai et 25 mai 1903.

Présentation du malade précédent.

VIEILLE.— *L'actinomycose de l'oreille.* Th. de Lyon, 1903-1904.

Actinomycome suppuré du sterno-mastoïdien gauche. — Syphilis et actinomycose.

Arch. Prov. de Chir., août 1903.

Le malade que nous avons pu suivre dans la Clinique de M. Poncet, présentait une infiltration du segment inférieur du sterno-cléido-mastoïdien, dure, indolore, paraissant fluctuante en un point et qu'on aurait considérée et traitée comme une gomme syphilitique de ce muscle, si la ponction du point fluctuant n'avait permis de ramener des graines jaunes. Le traitement ioduré fit disparaître en dix mois tous ces accidents.

Nous avons profité de ce cas pour montrer combien l'actinomycose est protéiforme et nous lui avons opposé un cas presque identique où il s'agissait d'une tumeur maligne.

Nous avons surtout eu pour but d'insister sur l'analogie que présentent parfois l'actinomycose et la syphilis. Le diagnostic est d'autant plus difficile que l'iodure triomphe dans les deux cas, et que l'on a signalé des observations d'actinomycose chez des syphilitiques, telle la belle observation que le professeur Ronas, de Buda-Pesth, a bien voulu nous communiquer.

Soc. de Méd., 19 novembre 1902.

Présentation du malade.

MARTINET. — *Actinomycose du sterno-cléido-mastoïdien.* Th. de Lyon, 1903-1904.

De l'actinomycose du cœur et du péricarde.

Bull. Méd., 30 mai 1903.

Consécutive à une actinomycose du poumon, de l'œsophage, de la cage thoracique, la localisation cardiaque représente la phase ultime de la maladie. Elle produit une symphyse du péricarde, ou bien, au contraire, une péricardite séreuse ou suppurée.

Le myocarde devient le siège d'abcès multiples, pouvant atteindre le volume d'une prune. L'endocarde est verruqueux ou végétant.

De là des signes de péricardite, quelquefois des souffles. Ce qu'il y a surtout de très particulier, c'est la conservation du rythme cardiaque et de la force du myocarde, si bien que des lésions très étendues peuvent, pendant la vie, ne pas même être soupçonnées.

Nous terminons cet article par un résumé de 15 observations.

AUTOUR. — *De l'actinomycose du cœur et du péricarde.* Thèse de Lyon, 1902-1903.

L'actinomycose du poumon et ses manifestations primordiales.

Archives Générales de Médecine, 1903.

Une observation recueillie avec M. Poncet, un cas encore en évolution ont appelé notre attention sur cette forme de l'actinomycose, déjà bien étudiée dans la thèse de Naussac, et dont nous avons, en 5 ans, réuni 71 cas.

Nous avons insisté surtout sur ses formes du début, en raison des difficultés qu'il y a à les reconnaître. Ordinairement limitée, localisée à la base, l'actinomycose peut simuler n'importe quelle affection de l'appareil pleuro-pulmonaire. L'examen des crachats est le seul moyen de diagnostic que nous ayons réellement. C'est dire qu'il faut rechercher le parasite, aussi bien que le bacille de Koch, toutes les fois que l'on pourra (et cela se fait généralement par élimination) supposer son existence.

A propos de l'actinomycose du foie (En collaboration avec M. Bérard).

Revue de Chirurgie, septembre 1903.

Actinomycose appendiculaire. — Actinomycome isolé de la paroi abdominale.

Gaz. des Hôpitaux, 12 avril 1902.

La malade que nous avons observé avec M. Poncet avait présenté une série de crises d'appendicite et souffrait chroniquement de cet organe. Elle portait, en outre, dans sa paroi abdominale, à droite de la ligne médiane, vers le bord externe du grand droit, une tumeur qui semblait un fibrome de cette paroi. L'appendicectomie fut suivie, chez elle, de l'ablation de cette tumeur qui renfermait en son centre des fongosités riches en mycélium actinomycosique.

Le traitement ioduré prolongé la mit à l'abri de toute récidive. Ces tumeurs de la paroi abdominale, en apparence indépendantes des organes profonds, sont cependant d'origine intestinale et, plus spécialement, appendiculaire. Leur étude a été reprise dans la thèse ci-dessous.

Maratuech. — *Actinomycose à forme néoplasique des parois abdominales.* Th. de Lyon, 1903-1904.

Appendicite actinomycosique.

Gaz. des Hôpitaux, 18 novembre 1902.

Cette appendicite fut supposée actinomycosique en raison de la persistance d'un plastron d'une dureté presque ligneuse et indolore. Le liquide intra-appendiculaire ne renfermait pas le parasite; il existait, abondant, dans les fongosités qui avoisinaient l'appendice.

Nous avons, à cette occasion, réuni 8 cas nouveaux d'appendicite actinomycosique.

De l'actinomycose ano-rectale.

Revue de Chirurgie, août 1902.

Le rectum, comme toutes les portions du tube digestif où les matières stationnent davantage, est un siège de prédilection

de 'actinomycose intestinale. Parfois, d'ailleurs, l'infection est d'origine cutanée ou vient des organes génito-urinaires. Le rectum, dont la muqueuse reste intacte, est coulé dans un bloc induré qui remplit toute la cavité pelvienne. Ces masses se ramollissent plus tard et donnent ainsi une série de petits abcès qui sont le point de départ d'autant de fistules. C'est ainsi que se manifeste, d'ailleurs, l'actinomycose; le début par des accidents diarrhéiques ou des phénomènes de rétrécissement est plus rare. La lésion s'étend d'une façon progressive et envahit tous les organes pelviens et la mort est le fait de ces lésions locales, parfois des infections secondaires, surajoutées, quelquefois enfin de complications métastatiques. Ces masses indurées,ces trajets fistuleux multiples sont d'un diagnostic facile que confirme l'examen microscopique. Leur pronostic est sombre,puisque sur 15 cas nous avons compté 7 morts, 4 résultats inconnus, 4 malades en traitement ou momentanément guéris. Outre le traitement chirurgical, on obtiendra de bons résultats de l'incision simple des abcès. Il ne faut pas vouloir tout enlever; on est entraîné ainsi à des opérations vastes qui restent,malgré tout, incomplètes et qui donnent souvent un coup de fouet aux lésions.

Actinomycose fessière d'origine rectale. — Clinique du Pr Poncet.

Gaz. des Hôpitaux, 19 mars 1903.

Cette actinomycose ano-rectale se traduisait surtout par un envahissement de la fesse et du creux ischio-rectal droit. Ce cas paraissait désespéré, en raison de l'étendue considérable des lésions. Le traitement ioduré prolongé et des injections répétées d'iodipine en amenèrent pourtant la guérison.

Soc. de Médecine, 12 janvier 1903.

Présentation du malade.

Panaris actinomycosique de l'annulaire droit.

Presse Médicale, 16 septembre 1903.

Nous avons observé ce panaris chez un charpentier qui s'était piqué, avec un petit morceau de bois, la face interne du doigt.

Celui-ci devint bientôt le siège, d'abord de phénomènes douloureux, puis d'une série de petites masses jaunâtres soulevant les téguments. Pas de gêne marquée des mouvements, pas d'infection du système lymphatique correspondant. L'examen des masses jaunâtres ayant montré leur nature actinomycosique, le doigt fut curetté et le malade soumis au traitement ioduré.

Nous avons profité de la circonstance pour réunir quelques cas d'actinomycose des membres.

Soc. de Médecine, 24 février 1902.

Présentation du malade.

Malard. — *Le Panaris actinomycosique*. Th. de Lyon 1903-1904.

Rhumatisme tuberculeux et tuberculose en général.

Le rhumatisme tuberculeux.

Gaz. Médicale de Paris, 12 décembre 1903.

Nous avons résumé sommairement les idées développées par M. Poncet sur cette question et exposées dans la monographie XXXIV, de l'œuvre médico-chirurgical du docteur Critzman.

Rhumatisme tuberculeux.

Soc. de Médecine, 25 mai 1903.
Soc. de Médecine, 1er février 1904.

Présentation de malades.

Rhumatisme tuberculeux familial.

Médecine Moderne, 30 avril 1902.

Si la tuberculose, d'une manière générale, doit être suspectée particulièrement chez ceux dont les parents présentent des lésions bacillaires, il en est de même de ses manifestations légères, à forme rhumatismale. La famille dont nous publions l'observation est constituée par un père rhumatisant et une mère tuberculeuse.

Le fils, âgé de 29 ans, a présenté successivement une méningite,

des ganglions axillaires, une tuberculose du sommet droit, une sciatique gauche, une arthrite, d'abord de l'épaule droite, puis de l'épaule gauche et n'a gardé de tout cela que quelques signes de tuberculose pulmonaire.

La jeune fille, âgée de 21 ans, a eu de l'hydarthrose, puis une arthrite fongueuse des deux genoux, des douleurs articulaires un peu partout; le traitement général et un peu de révulsion locale l'ont complètement guérie de toutes ces lésions, avec mobilité complète de toutes les jointures.

Il est intéressant de retrouver, chez les membres d'une même famille, ces manifestations aussi multiples que fugaces. Il faut se méfier aussi beaucoup des manifestations rhumatismales, surtout peu franches, chez tous ceux dont les antécédents sont suspects.

Rhumatisme articulaire tuberculeux. — Ankylose ostéo-fibreuse primitive du coude droit. — Carie sèche de l'articulation de l'épaule gauche. (Clinique du Pr PONCET).

Bulletin Médical, 16 mars 1904.

Rhumatisme tuberculeux, articulaire.— Rhumatisme tuberculeux primitif.— Rhumatisme tuberculeux secondaire.

Bull. Méd., 8 août 1903.

Soc. des Sc. Médicales, 20 mai 1902.

Présentation du malade.

Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse.

Méd. Moderne, 19 août 1903.

Si tout microbe, tout poison d'origine bactérienne ou toute intoxication (alcool,plomb,etc.),peuvent déterminer la spondylose rhizomélique, on ne conçoit pas pourquoi le microbe de la tuberculose n'en produirait pas aussi bien que n'importe quel autre. Telle est l'idée directrice de ce travail que plusieurs observations sont venues justifier.

Trois observations de spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. Spondylose rhyzomélique de nature tuberculeuse

Méd. Mod. (sous presse).
Soc. de Méd., 1er février 1904.

Présentation d'un nouveau cas.

Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse (Clinique du Pr Poncet).

Méd. Mod., 24 février 1904.

Attribuée pendant longtemps à des causes locales, la maladie de Dupuytren est également la conséquence d'altérations toxiques des tissus de la main ou de leurs nerfs. De là à faire rentrer la tuberculose dans l'étiologie de cette affeotion il n'y avait qu'un pas. C'est ce qu'a fait M. Poncet en se basant sur des malades qui lui ont été adressés par ses collègues.

Soc. de Méd., 30 novembre 1903.

Présentation d'un de ces malades.

Soc. de Méd., 11 janvier 1904.

Présentatiou d'un autre cas.

Morbus coxæ senilis d'origine tuberculeuse (Clinique du Pr Poncet).

Gaz. des Hôpitaux, 24 nov. 1903.

A propos d'une malade chez laquelle cette lésion était manifestement tuberculeuse. Le temps n'est, d'ailleurs, pas loin où il sera établi que le plus grand nombre des arthrites sèches sont d'origine tuberculeuse.

Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse (Clinique du Pr Poncet)

Annales Médico-Chirurgicales du Centre, 3 janvier 1904.

Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse.

Bulletin Médical, 2 mars 1904.

Notre travail est basé sur deux cas où les lésions existaient chez des tuberculeux et étaient vraisemblablement de nature tuberculeuse et la clinique de M. Poncet y ajoute un troisième cas. Il est de connaissance ancienne que le kyste du creux poplité peut exister en même temps qu'une arthrite tuberculeuse du genou. Il y a là plus qu'une simple concomitance, et c'est le développement de cette idée qui a inspiré ces deux travaux.

ASTIER. — *Kyste du creux poplité d'origine tuberculeuse.* Thèse de Lyon, 1903-1904.

L'attraction et la fixation des organes malades à l'intérieur.

Lyon Médical, 29 août 1897.

Appliqué d'abord presque exclusivement au traitement de certains goitres, cette méthode fut ensuite étendue à tous les organes (testicule, ovaire, foie, vésicule biliaire, rate, intestin, rein) et employée, par M. Jaboulay, comme méthode générale de traitement dans un double but.

1. *Simple fixation de l'organe à la paroi.* — Il s'agit alors d'une simple ptose de l'organe (*Lyon Médical*, 29 septembre 1895, M. Jaboulay y décrit un nouveau mode de fixation du rein), ou bien la fixation n'est qu'un premier temps opératoire; l'intervention est achevée lorsque les adhérences ont soudé l'organe à la paroi, ce qui rend notablement plus favorable le pronostic de l'opération définitive (lésions du foie, de l'utérus, etc.).

Cette méthode est appliquée à la vésicule biliaire ou à l'intestin dans l'anus contre nature, de la façon suivante : attraction de l'organe au dehors au maximum; on le fixe dans cette nouvelle position par quelques points de suture, on l'incise ensuite et sa muqueuse est suturée à la peau aussi loin que possible de la première ligne de suture qu'elle recouvre comme un dôme.

2. *Intervention ayant pour but l'atrophie de l'organe.* — Le type de cette intervention est représenté par l'exothyropexie. Depuis elle a été employée surtout pour les organes génitaux afin qu'une hypertrophie compensatrice de l'un d'eux pût se produire à mesure que l'autre s'atrophiait et qu'il n'en résultât pas de troubles par suppression de leur sécrétion interne.

La suppuration artificielle, d'après la méthode de Fochier, dans la pyohémie et autres maladies aiguës.

Lyon Médical, 16 avril 1899.

Traduction d'un rapport du Dr Menko au Congrès d'Amsterdam.

Des endothéliomes des os.

Revue de Chirurgie, juin 1900.

Cette variété de tumeur des os étudiée par Kolaczeck, Hildebrand, Volkmam, Berger, etc., se développe aux dépens de l'endothélium des vaisseaux (endothéliomes), ou de leur gaine lymphatique (périthéliomes). Ils constituent une sorte de sarcome extrêmement vasculaire, animé de souffles et de battements et dont l'aspect histologique reproduit le schéma ci-contre.

L'absence de ganglions, leur localisation nette permet, au début, une ablation facile, mais il ne nous a pas été possible de déterminer leur pronostic éloigné.

HOLLANDE. — Thèse de Lyon 1900-1901. *De l'endothéliome du maxillaire inférieur.*



Le plombage des os d'après la méthode de Mosetig Moorhof (En collaboration avec M. BÉRARD).

Revue d'Orthopédie (En cours de publication).

La méthode de Mosetig Moorhof consiste à oblitérer les cavités osseuses (à la suite d'ostéomyélite, de tuberculose, etc.), au moyen

d'un mélange d'iodoforme, d'huile de sésame et de blanc de baleine. Elle donne d'excellents résultats si la cavité osseuse est rendue aseptique et si l'on se met à l'abri des hémorrhagies. La résorption du mélange se fait lentement, sans accident (ce mélange étant parfaitement résorbable), à mesure que les bourgeons charnus envahissent la cavité osseuse. Nos six observations nous ont permis de commenter cette méthode dont la valeur est établie par des statistiques nombreuses. Mosetig Moorhof 120 cas, etc., etc.

De divers moyens de combler les cavités osseuses et de leur valeur comparée (En préparation).

TÊTE ET COU

Des adénites géniennes (adénites de Poncet).

Gazette des Hôpitaux, 21 avril 1900.

Les adénites géniennes sont de nature très diverse : infectieuses, tuberculeuses, syphilitiques, néoplasiques (on a même signalé des tumeurs primitives de ces ganglions) et leur fréquence s'explique par les territoires lymphatiques qui sont leurs tributaires.

Les adénites infectieuses (infection banale, érysipèle, oreillons, etc.) ont leur point de départ dans une lésion des téguments superficiels (paupière inférieure, nez, lèvre supérieure, joue) ou des muqueuses (nasale et buccale), ou dans une carie dentaire; il en résulte une adénite chronique ou un adéno-phlegmon, et l'on a pu noter, à côté d'un abcès unique, jusqu'à quatre abcès échelonnés le long des vaisseaux faciaux (Vigier). Le pus ulcère d'ordinaire les téguments sur la face externe de la joue. Jamais il ne se porte en profondeur du côté de la muqueuse. Chez une malade de M. le professeur Lépine, il s'ouvrait à la commissure labiale.

Les adénites tuberculeuses n'ont, en ce point, rien de particulier.

Les adénites syphilitiques sont rares, signalées seulement par Capette-Laplène et Vauthey.

Les adénites néoplasiques succèdent d'ordinaire à un cancroïde

de la lèvre supérieure; l'infection est tardive. Parfois (Kuttner) un cordon lymphatique engorgé relie le néoplasme au ganglion.



Les tumeurs des ganglions sont exceptionnelles. Capette-Laplène a vu, chez une femme atteinte de lymphadénie, un ganglion buccal engorgé, un ganglion sous-maxillaire et enfin le ganglion infra-maxillaire.

D'autre part, M. L. Dor possède une observation de tumeur d'un ganglion maxillaire.

Le diagnostic est surtout à faire avec les kystes sébacés, dermoïdes ou salivaires, avec les lipomes buccaux de Dolbeau, avec les gommes syphilitiques ou tuberculeuses.

Le traitement consiste dans l'ablation du ganglion ou la simple incision, s'il est suppuré. Pour des raisons esthétiques, l'opération sera pratiquée par la voie buccale aussi souvent qu'il sera possible de le faire.

Sur les adénites géniennes.

Lyon Médical, 17 juin 1900.

Nous avons rapporté dans ce travail, afin de montrer la fréquence de ces lésions, quinze observations inédites d'adénites géniennes recueillies dans le service de M. le Professeur Poncet, et nous y avons joint six observations que M. le Dr Vigier a bien voulu communiquer. Quelques photographies montrent, mieux que toute description, l'aspect clinique de ces diverses lésions.



Tumeur maligne congénitale de la langue (en préparation).

In Thèse de Ducourthial, Lyon, 1902-1903.

L'observation qui fut le point de départ de cette thèse fut recueillie par nous pendant que nous suppléions M. Nové-Josserand. Elle concerne un enfant de cinq jours, porteur d'une tumeur du volume d'un œuf qui, s'implantant sur le dos de la langue, près de sa pointe, faisait saillie entre les arcades dentaires. Elle

était ulcérée à son sommet et, par sa position, empêchait la succion, aussi l'enfant avait-il un mauvais état général. Il s'infecta de plus par son ulcération, et présenta, six jours plus tard, un abcès de la région sous-maxillaire. La tumeur fut enlevée facilement, mais l'enfant mourut de broncho-pneumonie. L'autopsie ne montra pas d'autres lésions congénitales. L'examen histologique, pratiqué par M. Paviot, révéla la grande malignité de la tumeur.

Des kystes hydatiques du cou.

Revue générale, Gaz. des Hôp., 22 mars 1902.

Gros kyste hydatique suppuré du cou.

Gazette des Hôpitaux, 29 octobre 1901.

Le malade qui fut le sujet de ces deux études présentait un kyste hydatique qui suppura à la suite d'une grippe. Le kyste siégeait sur la partie latérale du cou, débordant le sterno-cléido mastoïdien en avant, mais surtout en arrière.

Nous avons pu, à cette occasion, réunir 65 cas de kystes hydatiques du cou. Ne sont pas compris dans ce travail les kystes siégeant dans la glande thyroïde, en raison de leur allure clinique très particulière.

Thyroïtoxémie ou thyroïdisme aigu post-opératoire.

Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 11 août 1901.

Les accidents d'intoxication thyroïdienne s'observent assez souvent après les interventions pour goitre, et la malade que nous avons observée, avec M. Poncet, et qui nous suggéra cette étude, en était un très beau type A la fièvre, à une hyperthermie considérable il faut joindre l'éréthisme cardiaque, l'agitation, etc. Quelquefois, l'intoxication est telle que la malade succombe rapidement. Le drainage bien fait de la région est le meilleur moyen dont nous disposons contre de tels accidents et leur évolution doit faire craindre une rétention en arrière de drains oblitérés ou coudés. Notre malade en fut une excellente démonstration. Ses

malaises cessèrent avec la sécrétion de la plaie, au bout de trois jours; ils furent d'ailleurs légers et la brusquerie de leur début n'était que la conséquence d'un peu de rétention derrière une mèche de gaze.

De la dysphagie après les opérations pour goitres

Bulletin Médical, 11 septembre 1901.

A la suite des interventions sur la glande thyroïde, il est fréquent d'observer une dysphagie plus ou moins marquée. Elle est parfois telle qu'elle nécessite l'emploi de la sonde à demeure. Elle ne paraît pas due à des lésions de l'œsophage ou des nerfs voisins. Elle paraît la conséquence d'un réflexe parti des nerfs thyroïdiens sectionnés ou irrités. Elle est de courte durée, heureusement pour les malades, car la thérapeutique habituelle échoue et la morphine ne produit même qu'une légère amélioration.

SEIN ET CAGE THORACIQUE

Sur le traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein (En collaboration avec M. COMMANDEUR).

Lyon Médical, 28 mai 1899.

Les suppurations du sein chez les nouvelles accouchées ont deux points de départ différents : tantôt le conduit galactophore (galactophorite de M. Budin),tantôt le système lymphatique du sein dans son réseau superficiel (abcès aréolaires et péri-aréolaires) ou dans son réseau profond (abcès intraglandulaire).

Le plus souvent il y a, au début, galactophorite pure, pendant laquelle l'infection est endocanaliculaire, puis secondairement le tissu cellulaire est envahi.

Cette connaissance des suppurations endocanaliculaires est de la plus haute importance au point de vue du pronostic. C'est M. le Professeur Budin qui le premier a, dans ses cliniques, étudié les caractères de cette affection et montré qu'on pouvait enrayer sa marche par l'expression des conduits galactophores. Ses idées ont été développées dans les thèses de Catalioti et d'Arbel. L'observation que nous avons recueillie nous paraît le type de ce que peut donner cette méthode.

Galactophorite double guérie par l'expression.

Soc. des Sc. Médicales, 8 février 1899.

Cancer du sein chez l'homme.

Soc. des Sciences Médicales, 25 novembre 1903.

Présentation de pièces provenant d'un malade opéré par nous dans le service de M. Poncet ; ablation en un seul bloc du sein, du grand pectoral et des chaînes lympathiques engorgées.

Enorme kyste dermoïde sous-cutané n'ayant apparu qu'à l'âge de soixante-huit ans et siégeant au-dessus de l'omoplate gauche.

Gaz. des Hôpitaux, 5 juin 1902.

TUBE DIGESTIF ET PÉRITOINE

Tumeur de l'œsophage ayant envahi la trachée et le corps thyroïde.

Soc. des Sc. Médicales, 5 juillet 1899.

Appendicite aiguë. — Mort.

Société des Sciences Médicales, 24 mai, 1899.

Nous avons présenté,au nom de M. le professeur Poncet,l'appendice d'un malade opéré d'urgence par M. Vallas et atteint d'appendicite depuis trente-cinq jours. Le malade présentait,à son entrée, un bon état général et paraissait avoir une poche nettement constituée.Malgré l'ancienneté de la lésion,les parois se rompirent spontanément quelques heures après son entrée à l'hôpital,et les symptômes de péritonite diffuse nécessitèrent une intervention d'urgence. Il y a donc lieu de se défier de la faiblesse des adhérences, et l'expectation prolongée n'est pas exempte de dangers.

Appendicite post-puerpérale à streptocoques (En collaboration avec M. Vignard).

Gazette des Hôpitaux, 7 février 1901.

Nous avons eu l'occasion d'observer une malade entrée dans le service de M. le Professeur Poncet, pour y subir une appendicectomie à froid, l'appendicite ayant débuté chez cette femme trois semaines après un accouchement qui s'accompagna d'infection puerpérale légère. L'appendice était rempli d'un pus qui ne renfermait pas de coli-bacilles, mais seulement des streptocoques.

Les différents auteurs qui ont étudié les rapports de l'appendicite et de la grossesse n'ont pas eu l'attention appelée sur cette infection post-puerpérale possible de l'appendice. La voie suivie par les agents infectieux n'a pas dû être les lymphatiques qui peuvent exister dans le ligament appendiculo-ovarien de Clado, ni des adhérences utéro-appendiculaires, mais probablement la voie sanguine, car l'appendice était complètement libre dans la cavité péritonéale ; les mauvaises conditions circulatoires amenées par la grossesse ont dû en faire un point faible de l'organisme sur lequel s'est fixée l'infection.

Des déchirures spontanées du mésentère au cours des hernies étranglées (En collaboration avec M. Patel).

Archives provinciales de Chirurgie, 1er juin 1901.

Un cas de déchirure spontanée du mésentère, constaté au cours d'une hernie crurale étranglée, fut le point de départ de ces recherches anatomiques et bibliographiques et nous avons trouvé dans la thèse de Dransart (Lille, 1896-1897) de nombreux renseignements sur ce sujet. Chez la malade de M. Poncet, les accidents d'étranglement remontaient à 24 heures, le mésentère était sectionné, mais l'intestin paraissait sain. En réalité, ainsi que le montra l'examen de la pièce, après résection de l'anse herniée, la séreuse seule existait encore, la musculeuse et la muqueuse étaient détruites. Dans un cas de M. Jaboulay, les lésions existaient au premier degré et les observations recueillies montrent que, dans quelques cas, lorsque le mésentère est épaissi et infiltré de graisse, il peut exercer sur l'anneau d'étranglement une pression qui provoque son sphacèle localisé. Avec cette lésion coexiste une destruction plus ou moins complète de l'intestin qui

nécessite la résection de l'anse herniée, la réduction simple n'étant possible que si la section est de très minime étendue et permet aux anastomoses vasculaires de rétablir la circulation dans la paroi intestinale.

Volvulus de l'S iliaque chez un vieillard (En collaboration avec M. Delore).

Gazette hebdomadaire, 24 décembre 1899.

Nous avons opéré ensemble un malade de quatre-vingt-deux ans, entré pour des accidents d'occlusion intestinale. En raison du tympanisme sous-ombilical localisé, on pouvait penser à une rupture de l'estomac avec abcès gazeux localisé ou à une occlusion intestinale par torsion du côlon transverse. L'intervention établit qu'il s'agissait d'un volvulus du côlon pelvien et l'autopsie, que nous pûmes pratiquer deux jours après, nous montra la lésion qui s'était partiellement reproduite.

Nous avons, à ce sujet, appelé à nouveau l'attention sur l'importance que présente, en pareil cas, le signe de von Wahl, c'est-à-dire le météorisme nettement localisé.

Vaste hématome rétro-péritonéal consécutif à une rupture du foie.

Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 23 février 1902.

La malade que nous avons opérée, 24 heures après un écrasement par roue de voiture, pour des phénomènes de péritonite, ne présentait, à l'opération, qu'une déchirure du bord tranchant du foie. L'autopsie, faite trois jours après, montra une déchirure du bord postérieur de cet organe et un vaste hématome qui s'étentait de là autour du rein pour descendre le long du psoas. Les reins étaient intacts. Les faits de cette nature paraissent rares et nous n'avons pas trouvé d'observation de ce genre.

Résultat éloigné de laparotomie pratiquée il y a onze ans et demi, pour une péritonite tuberculeuse.

Société des Sciences Médicales, 28 janvier 1903.

Présentation d'un malade dont l'observation fut publiée dans la thèse de Beaussenat (1892).

M. Poncet avait opéré ce malade *in extremis*. C'est, à l'heure actuelle, un garçon de 20 ans, cultivateur, d'une taille de 1 m. 54, du poids de 63 kilogs, au teint coloré, à l'air vigoureux et chez lequel rien dans l'habitus extérieur ne fait penser à une atteinte antérieure de bacillose.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE L'HOMME

Épididymo-orchite tuberculeuse.

Société des Sciences Médicales, 23 juin 1897.

MM. Poncet et Jaboulay ont insisté sur les bénéfices que l'on retire des interventions limitées dans la tuberculose du testicule; épididymectomie suivie d'orchidotomie qui est exploratrice, et permet d'enlever les lésions si elles sont limitées.

Cette présentation a pour but de montrer les avantages de cette méthode. Cet homme avait subi, en 1891 une castration unilatérale pour tuberculose du testicule gauche. Deux mois après cette intervention, des lésions apparurent à droite : l'épididymo devint le siège d'un abcès tuberculeux; il fut réséqué avec une partie du canal déférent. Le testicule paraissait peu atteint; fendu en deux, il présenta quelques granulations à son extrémité inférieure et un noyau superficiel qui fut enlevé. L'opération fut terminée par la suture du testicule.

Orchi-épididymite tuberculeuse avec granulie du testicule.

Société de Médecine, 21 avril 1902.

Présentation de pièces.

Ponctions de la vessie chez un prostatique. Phlegmon prévésical. Mort.

Société des Sciences Médicales, 5 juillet 1899.

Cette observation est une nouvelle preuve des dangers de la ponction vésicale dans la rétention d'urine. Il s'agissait d'un cultivateur de 63 ans qui accusait, depuis un an, de la gêne de la miction, de la pollakiurie, puis de la fièvre urineuse. Les accidents de rétention dataient de quarante jours. Le malade urina par regorgement pendant vingt jours, puis fut ponctionné à son

domicile. Son état s'aggravant et le cathétérisme restant impossible, il fut cystotomisé à l'Hôtel-Dieu.

La cystotomie d'urgence n'empêcha pas l'évolution des accidents infectieux qui emportèrent le malade sept jours plus tard. Ces accidents consistaient en un phlegmon prévésical qui s'explique facilement si l'on songe que l'urine suintait constamment par l'orifice de ponction; il occupait la cavité de Retzius et s'étendait avec elle jusqu'aux échancrures sciatiques.

Il y avait, en même temps, de la cystite et surtout de la néphrite ascendante, avec petits abcès dans le rein.

La prostate était hypertrophiée en totalité.

Nouvelles observations de cystotomie sus-pubienne pour accidents d'origine prostatique

Gazette Hebdomadaire, 12 novembre 1899.

Au cours de l'année scolaire 1898-1890, nous avons recueilli quinze observations de cystotomie sus-pubienne pratiquée dans le service de M. le professeur Poncet pour des accidents d'origine prostatique.

Deux concernent des néoplasmes de la prostate. Le cathétérisme chez ces malades était difficile, la sonde à demeure, irritant mécaniquement la glande, hâtait l'évolution de la lésion. La cystostomie fut ici l'analogue de l'anus contre nature dans les tumeurs de l'intestin.

Les treize autres concernent des malades atteints d'hypertrophie prostatique.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME

De la cystopexie

Semaine Gynécologique, 14 juin 1898.
V. Th. Bertucat, Lyon 1900.

Les deux observations que nous avons rapportées proviennent du service de M. le professeur Laroyenne dont nous avions l'honneur d'être interne. Nous avions, sur sa demande, fait quelques recherches anatomiques sur la possibilité de fixer, au cours d'une hystéropexie ou à titre d'opération isolée, la vessie en suivant le manuel

opératoire qu'il préconise pour l'hystéropexie. Nous avons insisté sur la simplicité de cette intervention et sur la facilité avec laquelle on évite l'accident le plus grave (perforation de la paroi vésicale) si l'on introduit dans la vessie, pour la soulever, non un gros hystéromètre ou une bougie de Hegar,mais mieux l'index qui permet de suivre la marche de l'aiguille ou des broches dans l'épaisseur de la paroi de la vessie.

La dilatation de l'urèthre que nécessite ce manuel opératoire est facile et inoffensive.

Les résultats apportés sont des résultats immédiats.

Les résultats éloignés et de nouvelles observations ont fait l'objet de la thèse de Bertucat.

Vitriolage du mont de Vénus. — Brûlures profondes avec eschares de cette région. Brûlures superficielles des organes génitaux externes. — Guérison (En collaboration avec M. Patel).

Arch. d'anthropologie criminelle, 15 mars 1901.

Il s'agit d'un cas de vitriolage très curieux par son siège et les recherches bibliographiques faites à ce sujet ne nous ont pas permis de retrouver d'observation analogue. La malade présentait une brûlure du mont de Vénus. L'évolution chirurgicale de la lésion fut des plus simples ; c'est son intérêt médico-légal qui nous a engagé à publier ce fait.

AFFECTIONS DES MEMBRES

Adénite extra-axillaire. Tuberculose infantile mutilante (En collaboration avec M. Patel).

Archives provinciales de Chirurgie, 1er avril 1901.

Cette observation concerne une malade du service de M. le professeur Poncet, entrée pour une masse fluctuante de la région thoracique, située entre le mamelon et l'aisselle, et que l'examen clinique et les constatations au cours de l'intervention permettent de considérer comme une adénite extra-axillaire suppurée. Cette malade présentait, en même temps, des mutilations des doigts dues à de la tuberculose infantile et dont la reproduction qui y fut jointe montrait bien la disposition. La multiplicité des lésions et surtout leur étendue donnent à ce cas un intérêt particulier.

Note sur un cas de luxation en arrière de l'index (En collaboration avec M. Leriche, interne des Hôpitaux (en cours de publication).

Ayant eu l'occasion d'observer une luxation irréductible de l'index datant d'un mois et demi, et pour laquelle l'échec de l'arthrotomie à ciel ouvert nécessita la résection, nous avons recherché les différentes causes d'irréductibilité et réuni les quelques rares cas où la résection devint nécessaire. Il résulte de cette étude que la résection n'est qu'un pis-aller chez l'adulte et, à plus forte raison, chez l'enfant, bien qu'au point de vue fonctionnel, dans notre cas, le résultat était très bon un mois après l'intervention ; il est certain que l'arthrotomie et la reposition sanglante doivent être employées toutes les fois qu'il sera possible de le faire.

Epithélioma développé aux dépens des téguments de l'avant-bras

Soc. de Méd., 17 mars 1902.

Présentation d'une femme de 74 ans portant une ulcération de la largeur d'une pièce de 5 francs et limitée exactement aux téguments ; la longueur de son évolution, l'absence d'accidents antérieurs, l'échec du traitement spécifique firent rejeter l'idée d'une gomme, et rattacher cette lésion au groupe désigné parfois sous le nom d'*ulcus rodens*.

Désarticulation interscapulo-thoracique

Soc. des Sc. Méd., 29 avril 1903.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer cette intervention chez un malade atteint de névrome du radial, qui avait subi successivement une ablation partielle de sa tumeur, puis une désarticulation. Une récidive dans les ganglions axillaires nécessita notre intervention qui eut, d'ailleurs, des suites extrêmement simples.

Fractures multiples du bassin

Soc. des Sc. Méd., 11 février 1903.

Ce malade, chauffeur au P.-L.-M., chez lequel nous avions dû pratiquer une cystotomie pour une rupture complète de l'urèthre,

et qui mourut de choc 48 heures après son accident, présentait une fracture des pubis, une fracture verticale du sacrum et une fracture horizontale de l'aile iliaque. Ce type s'est retrouvé plusieurs fois à Lyon ; l'accident se produisait au même endroit, au dépôt des machines, toujours dans des conditions analogues, tenant à la disposition des lieux et à l'imprudence des chauffeurs pendant les manœuvres.

Fractures simples et limitées de la cavité cotyloïde.

Revue d'Orthopédie (En cours de publication).

Recherches expérimentales sur les fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde.

Revue de Chirurgie, février 1904.

Ces deux études ont pour point de départ deux observations de fracture limitée du fond de la cavité cotyloïde et recueillies dans le service de M. Poncet. Ces fractures, par leur symptomatologie, n'ont rien de commun avec les fractures du bassin; elles ressemblent à une simple contusion de la hanche ou à une fracture du col. Elles sont caractérisées par la diminution de la distance qui sépare le trochanter de l'épine iliaque antéro-supérieure, la présence d'une ecchymose nummulaire et isolée au sommet des bourses. Par le palper abdominal, et surtout par le toucher rectal ou vaginal, on reconnaît l'existence d'un trait de fracture ou d'une saillie anormale vers le fond de la cavité cotyloïde. On les reproduit expérimentalement en frappant sur le grand trochanter, lorsque la jambe est en extension ; la substitution au fémur d'un fémur en buis rend l'expérimentation plus facile.

Si la jambe est en flexion, on obtient le type ci-dessous qui reproduit celui décrit, il y a quelques années, par M. Walther.

Nous reproduisons ici ces deux genres de fractures.

Chez les enfants, on obtient une disjonction juxta-épiphysaire. D'un diagnostic délicat, nécessitant une radiographie, ces fractures ont d'ordinaire une évolution simple. Le repos au lit, l'extension continue, parfois la réduction de fragments saillants faite par le toucher rectal donnent une guérison assez rapide. Malheu-

reusement, il persiste souvent un certain degré d'arthrite qui rend sombre le pronostic éloigné.



D. Kontorowitch. —*Contribution à l'étude des fractures du bassin.-Fracture simple et limitée de la cavité cotyloïde,* th. de Lyon 1902-1903.

Gomme syphilitique de la fesse.

Société des Sciences Médicales, 19 juillet 1899.

Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du genou.

Société des Sciences Médicales, 12 juillet 1897.

Présentation de pièces provenant d'un malade opéré par M. Jaboulay ; l'intégrité du cartilage de revêtement articulaire y est remarquable, alors que, tout autour de lui, les lésions fusent dans les parties voisines.

Ecrasement sous-cutané des vaisseaux fémoraux par contusion de la cuisse. — Gangrène du membre inférieur

Bulletin Médical, 28 avril 1900.

Cette étude eut pour point de départ le cas d'un malade entré dans le service de M. le Professeur Poncet pour un traumatisme de la face interne de la cuisse aveo plaie superficielle au-dessus du condyle interne, qui avait été suturée, puis infectée.

Le malade était entré pour une gangrène du pied qui était survenue quelques jours après et pour l'abcès développé sous la ligne de suture.

L'amputation de la cuisse fut pratiquée par M. le professeur agrégé Bérard. L'examen des pièces montra au creux poplité une déchirure incomplète de l'artère, oblitérée par un caillot sur une longueur d'un centimètre et une déchirure incomplète de la veine dont la lumière était restée perméable.

On ne pouvait donc incriminer, pour expliquer la gangrène, la compression des vaisseaux par un hématome, ni l'existence de lésions veineuses avec gêne de la circulation en retour.

Il nous a semblé que l'infection avait joué ici un grand rôle. L'infection agit par ses toxines ou par ses embolies septiques sur un membre mal nourri et mal innervé. Or, on sait que, lorsque les microbes les plus divers sont suffisamment virulents ou agissent dans les tissus en état de moindre résistance, ils peuvent déterminer de la gangrène.

Nous avons appelé l'attention sur le soin qu'il faut apporter à dépister ces phénomènes gangréneux, car on a toujours une tendance à les méconnaître et à porter un pronostic favorable, à cause de la bénignité apparente des lésions.

Au point de vue de la thérapeutique, puisque l'infection favorise notablement le développement du sphacèle, il faudra à tout prix, empêcher qu'elle se produise. De là la nécessité, non pas de bien drainer ces plaies après les avoir suturées, mais de les panser à plat, de ne pas faire de suture, car la chirurgie à ciel ouvert, non seulement offre les plus grands avantages dans le traitement des plaies opératoires, mais s'impose dans le traitement des plaies infectées, et l'expérience clinique nous apprend chaque jour qu'il faut considérer comme infectée toute plaie accidentelle, qu'elle soit récente ou qu'elle date de quelques jours.

Cancer fémoral en cylindre. Ostéosarcome bipolaire diffus du fémur chez un adulte

Gazette des Hôpitaux. 23 avril 1901.

Cette tumeur, à évolution très maligne, rappelait par sa forme un cancer sous périostique diffus du fémur gauche publié par M. Rollet en 1889.

Cette localisation rare, analogue à l'ostéomyélite bipolaire, sera peut-être intéressante le jour où nous connaîtrons la nature exacte des cancers.



Les myxolipomes de la cuisse. (En collaboration avec M. Patel).

Gaz. des Hôpitaux, 22 juin 1901.

Sous le nom de myxolipomes de la cuisse, on groupe toute une série de tumeurs de cette région dans lesquelles on retrouve le

tissu conjonctif avec toutes ses variétés : tissu adipeux, tissu fibreux, tissu muqueux ; ces tissus revêtent parfois leur forme embryonnaire, d'où la dégénérescence sarcomateuse fréquente de ces tumeurs.

D'une évolution lente, elles arrivent à acquérir un volume considérable, à s'infiltrer entre les muscles, d'où les difficultés et les dangers de leur extirpation. La plaie anfractueuse qui succède à l'opération s'infecte avec la plus grande facilité, d'où une mortalité jadis effrayante.



Les opérations sont souvent incomplètes, aussi la récidive est-elle fréquente.

Leur pronostic, en raison de toutes ces causes, reste réservé et l'on conçoit qu'elles demandent une intervention hâtive.

Ankylose du genou à angle droit à la suite d'une résection pour arthrite post-rubéolique. Ostéoclasie.

Revue d'Orthopédie, sept. 1902.

Le malade qui fut le point de départ de ce travail est un des nombreux exemples des soins prolongés à donner aux enfants chez lesquels on a pratiqué la résection du genou. La déviation de son genou datait de 12 ans. L'ostéoclasie fût pratiquée chez lui, de préférence à l'ostéotomie linéaire, parce qu'elle produit



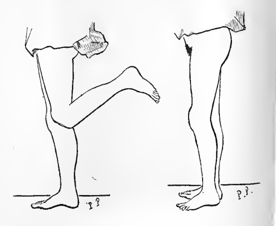
une fracture fermée, par suite un peu plus bénigne que la fracture ouverte qui suit l'ostéotomie. Nous en avons profité pour rappeler les avantages de l'ostéoclasie en pareille occurrence, surtout d'une ostéoclasie suivie d'un redressement progressif pour éviter des lésions vasculo-nerveuses. Nous n'avons opposé à l'ostéoclasie que l'ostéotomie linéaire, les ankyloses à angle aigu

n'étant, à notre avis, justiciables que d'une ostéotomie cunéiforme ou d'une résection.

Ankylose osseuse angulaire du genou gauche consécutive à une arthrite purulente d'origine puerpérale. — Arthroclasie. — Redressement lent.

Revue d'Orthopédie, 1er juillet 1903.

L'ankylose de cette malade datait de 18 mois et la photographie ci-jointe en montre le degré. Le redressement manuel échoua complètement. Avant d'en arriver à une intervention sanglante, on tenta de faire une arthroclasie avec l'ostéoclaste de Robin, et l'on arriva, au bout de trois séances au résultat que montre notre second schéma.



Nous avons profité de la circonstance pour rappeler les avantages de l'arthroclasie et les précautions à prendre pour éviter certains accidents, en particulier la luxation du tibia en arrière, au cours des manœuvres de redressement.

Note sur deux cas de fibro-myomes de la peau (En collaboration avec M. Adenot).

Arch. prov. de Chir., octobre 1903.

Les deux photographies que nous avons rapportées concernent deux tumeurs incluses dans la peau et mobiles avec elle, que l'examen microscopique montra être deux fibro-myomes. Leur histoire, leur évolution, l'acte opératoire qu'elles nécessitèrent furent d'ailleurs des plus classiques.

Soc. de Médecine, 17 mars 1902.

Présentation d'un de ces malades.

Elongation du sciatique poplité externe et résection du saphène externe pour un ulcère traumatique récidivant de la jambe droite à forme névralgique. — Guérison.

Gaz. des Hôpitaux, 4 février 1902.

Gangrène gazeuse bénigne du membre inférieur droit

Gaz. des Hôpitaux, 6 avril 1901.

Après un écrasement du pied par roue de wagon, le malade que nous avons eu l'occasion d'opérer, dans le service de M. Poncet, présentait une gangrène aiguë du pied et une infiltration gazeuse remontant jusqu'à la hauteur de la cuisse; il refusait toute amputation. Les gaz et la sérosité furent évacués par de larges incisions, et le malade fut pansé à plat.

Plus tard, on fit une amputation du pied au 1/3 inférieur. La guérison doit être mise sur le compte de la mise à l'air des foyers atteints, des irrigations abondantes à l'eau oxygénée, et aussi de la faible virulence du microbe. Il offre, à cet égard, les mêmes variations que celui de le pustule maligne ; c'est ce qui explique que la multiplicité des moyens a pu être couronnée de succès.

De Kmabon. — *De la gangrène gazeuse bénigne.* Thèse de Lyon 1901-1902.

OBSTÉTRIQUE

Du mécanisme de l'engagement dans les bassins asymétriques.

Thèse de Lyon, 1898-1899.

Cette étude est basée sur les observations personnelles que nous avons pu recueillir dans le service de M. le professeur Fochier, sur celles que nous avons rassemblées dans la littérature médicale ou que nous devons à la bienveillance de nos maîtres dans les hôpitaux, sur les expériences enfin faits sur les bassins qui ont été mis à notre disposition par MM. les professeurs Fochier et Tripier.

C'est une étude de mécanisme. Nous avons donc passé très rapidement sur tout ce qui concernait l'étiologie et la pathogénie des bassins asymétriques. Nous n'avions, d'ailleurs, pas à suivre ici la division ordinaire en bassin de Nœgelé, bassin coxalgique, bassin de luxation congénitale, etc. Des causes différentes peuvent, en effet, déterminer des déformations analogues et l'asymétrie relève, en somme, de trois grandes causes : 1° arrêt de développement d'une moitié du bassin (d'origine inflammatoire ou congénitale) ; 2° torsion du sacrum autour de son axe vertical, de telle sorte que sa face antérieure regarde ordinairement le côté redressé; 3° aplatissement d'une moitié du pelvis, par suite de la surchage d'un des membres, l'autre ne supportant qu'une faible partie du poids du corps.

Il résulte de là une réduction qui porte ordinairement (trois fois sur cinq) sur des diamètres droits du bassin (sacro-cotyloïdienne et diamètre oblique). Une déformation analogue, mais trop faible pour être appréciée cliniquement, se rencontre d'ailleurs souvent sur les bassins dits symétriques, ainsi que l'avait déjà signalé M. Jaboulay; plus récemment Commandeur, étudiant quatre-vingt-quatorze bassins, pris au hasard, la retrouvait dans les 2/3 des cas.

Si l'on suit, par la pensée, sur un bassin symétrique normal, le développement progressif de l'asymétrie, on voit qu'au début l'asymétrie est tellement faible qu'elle passe inaperçue et que l'accouchement se fera suivant un des trois diamètres d'engagement (les deux obliques ou le transverse). L'asymétrie est-elle plus forte, la sacro-cotyloïdienne de ce côté devient inutilisable et l'engagement n'est possible que suivant l'oblique court ou le diamètre transverse.

La déformation augmente-t-elle encore, le diamètre transverse

se raccourcit au point d'être inutilisable et il n'existe qu'un diamètre d'engagement, l'oblique court.

Lorsque l'asymétrie est très forte, le sinus du côté aplati est tellement étroit qu'il n'existe plus au point de vue fonctionnel et le bassin (Voir fig. 1 de notre thèse) se transforme en une aire circulaire dont un diamètre quelconque peut servir de diamètre d'engagement.Le nombre des diamètresest donc indéfini,c'est dire qu'ils sont tous aussi mauvais les uns que les autres,

Ces conclusions qu'a établies le raisonnement, nous avons cherché à les contrôler par des expériences et par l'examen des faits publiés antérieurement.

Dans nos expériences nous n'avons pas suivi la division ordinaire en bassin coxalgique, bassin de Nœgelé, etc.

Lorsque l'on étudie le mécanisme de l'engagement dans les bassins symétriques, on les divise en bassin normal, bassin aplati, bassin légèrement rétréci.

Les bassins asymétriques dérivant d'une de ces quatre catégories, il existera,à côté de chaque groupe symétrique,un groupe asymétrique et l'on a alors la classification suivante :

Bassin normal,bassin asymétrique simple (4 cas); bassin aplati, bassin asymétrique aplati (14 cas); bassin aplati et généralement rétréci, bassin asymétrique aplati et généralement rétréci (16 cas); bassin généralement rétréci, bassin asymétrique généralement rétréci (7 cas).

La conclusion fut la même pour tous ces bassins :

L'asymétrie faible est sans action; l'asymétrie moyenne supprime l'oblique long; l'asymétrie forte supprime l'oblique long et le transverse; l'asymétrie très forte rend tous les diamètres équivalents,car le bassin devient circulaire. Mais,d'une façon générale, on voit que l'oblique court reste le diamètre de choix.

Ces conclusions sont confirmées par l'étude de soixante-quatorze observations que nous avons rapportées.

Après avoir rappelé les différentes opinions des accoucheurs sur ce sujet et montré leur diversité, nous nous sommes attaché à l'étude de la connaissance exacte de cette asymétrie : pelvimétrie interne et externe, examen du losange de Michaelis, etc., étude surtout radiographique du bassin, soit par la méthode de MM. Budin et Tarnier, soit par celle de MM. Fochier et Fabre.

Balnéation et éclampsie.

In Th. de Goubert : *Traitement de l'éclampsie à la clinique obstétricale de Lyon*, 1899-1900.

Cette étude a pour point de départ la malade dont l'observation répond à l'observation VIII de la thèse de Goubert.

Si l'on fait de l'éclampsie une maladie infectieuse et microbienne, il y a tout intérêt à la traiter,comme toute infection grave, par la balnéation.

De là, toute une étude que nous avons faite sur le bain chaud des Allemands, le bain tiède employé par M. Bar, le bain froid employé par M. Fochier et que l'on trouvera *in extenso* dans le travail que nous indiquons.

97.244 — Impr. P. Legendre & Cie, rue Bellecordière, 14, Lyon.